

**Информированное добровольное соглашение
на оказание медицинских услуг**

В соответствии с ФЗ РФ (об основах охраны здоровья граждан РФ № 323-ФЗ от 21.11.2001 г).

Я _____
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я имею право на информацию о состоянии своего здоровья, о методах лечения и связанным с ними риском возможных вариантах медицинского вмешательства.

Мне известно о возможности отозвать согласие в любое время до начала проведения любого медицинского вмешательства.

Я способен понять разъяснения врача и оценить свое состояние и степень риска предполагаемого медицинского вмешательства, а также осознать последствия принятого мною решения.

Уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

«_____» _____ 20__ г.

Пациент: _____ (_____)

Директор:
Невская О.М.
Специалист:
